ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23–16

Date de publication : 15 août 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

SURVEILLANCE DE LA MÉNINGOCOCCIE INVASIVE AU CANADA, 1995-1996	F-1	121-125
MALADIE DE LYME — ÉTATS-UNIS, 1996	F-4	125-128
ERRATUM	F-6	128

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

SURVEILLANCE DE LA MÉNINGOCOCCIE INVASIVE AU CANADA, 1995-1996

Introduction

La méningococcie invasive (MI) est une maladie à déclaration obligatoire au Canada. Depuis 1985, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a amélioré la surveillance de la MI de façon à mettre en corrélation l'information fournie pour chacun des cas par les provinces et les territoires avec des études détaillées de laboratoire effectuées par le Laboratoire national de bactériologie du LLCM. Ce rapport présente de l'information sur la MI pour la période s'étendant du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1996.

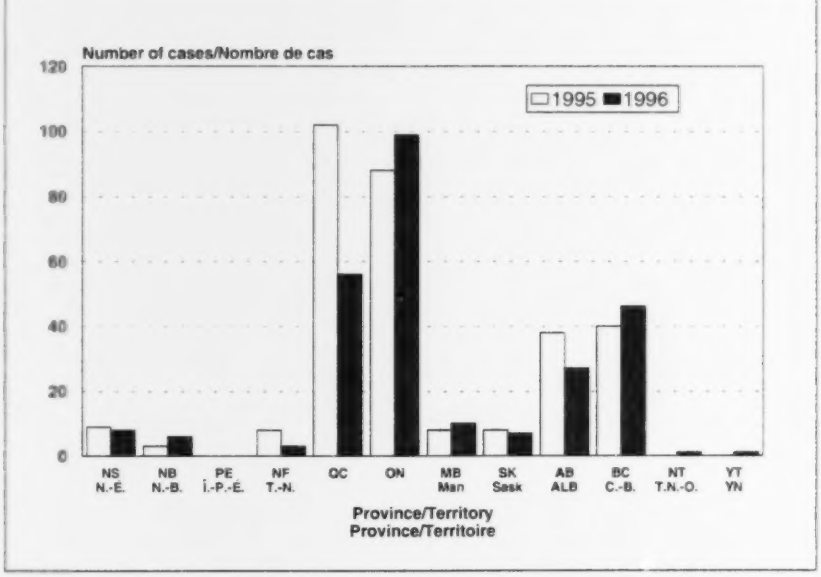
Méthodologie

Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les laboratoires provinciaux et fédéraux fournissent des données aux fins de la surveillance des atteintes méningococciques. Tant les cas confirmés en laboratoire que les cas correspondant à la définition d'un cas clinique sont signalés au LLCM. Le sérotypage et le sous-typage des méningocoques sont habituellement effectués au LLCM par le Laboratoire national de bactériologie. L'électrophorèse enzymatique multilocus est réalisée dans le cadre de la surveillance systématique des isolats de méningocoques appartenant au sérogroupe C. Les données ont été enregistrées et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info, version 6.04. Tous les taux d'incidence sont calculés en fonction d'une population de 100 000 habitants par année.

Incidence

En 1995, 304 cas de MI ont été signalés au Canada, ce qui représente un taux d'incidence de 1,0 pour 100 000 habitants. En 1996, on a observé une diminution de 13 %, 265 cas ayant été déclarés; le taux d'incidence s'établissait donc à 0,9. Les figures 1 et 2 montrent le nombre de cas déclarés et l'incidence de la MI à l'échelle du pays pendant ces 2 années. Au cours de la dernière

Figure 1
Répartition de la méningococcie invasive, Canada, 1995 et 1996

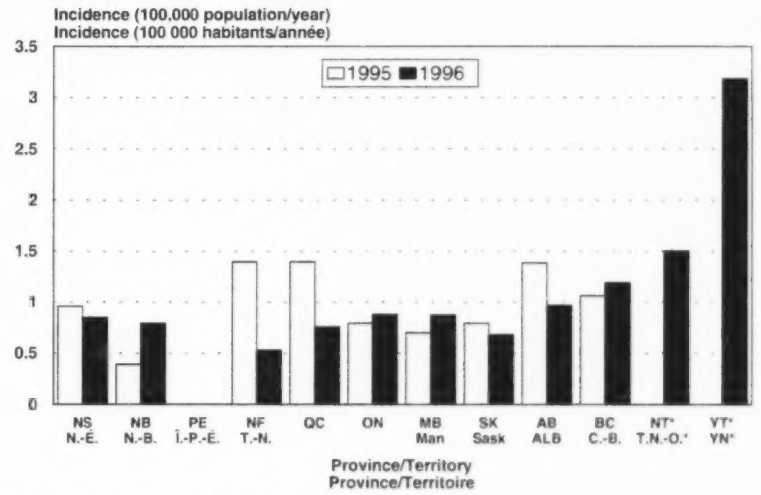


Santé Canada Health Canada

Canada

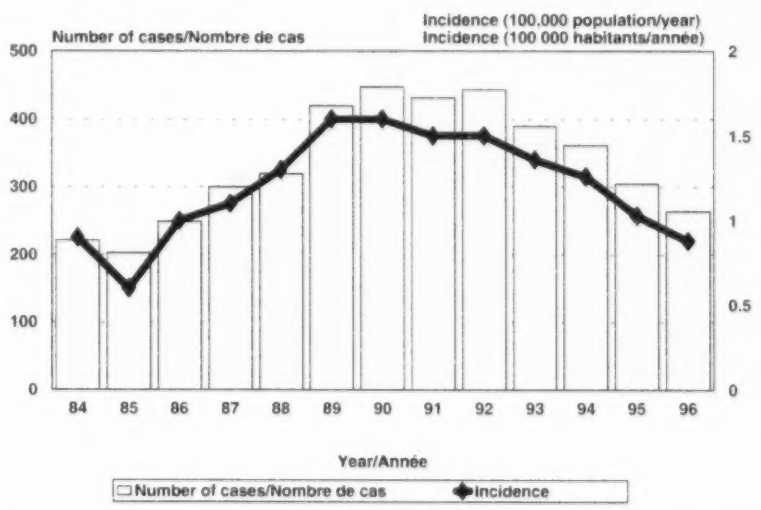
2007-02733/

Figure 2
Incidence de la méningococcie invasive, Canada, 1995 et 1996



* L'incidence peut varier en raison des petits nombres de cas.

Figure 3
Méningococcie invasive, Canada, 1984-1995



décennie, l'incidence de la MI au Canada a fluctué (figure 3). Elle a atteint un sommet de 1,6 pour 100 000 habitants en 1989 et 1990, puis a progressivement baissé pour passer à 0,9 en 1996, soit le taux le plus bas en 11 ans.

Distribution saisonnière

La distribution saisonnière des MI est claire, le tiers des cas se produisant durant un trimestre de l'année. Trente et un pour cent des cas sont survenus entre janvier et mars 1995 et 34 %, au cours de ces mêmes mois en 1996. Par comparaison, 17 % seulement des cas de MI en 1995 et 16 % en 1996 se sont produits au cours des mois les plus chauds, de juillet à septembre.

Répartition selon l'âge

Comme au cours des années précédentes, les taux d'incidence des MI variaient de façon inversement proportionnelle à l'âge (figure 4). C'est chez les bébés de < 1 an que l'incidence selon l'âge était la plus élevée (13,6 en 1995 et 11,1 en 1996). L'incidence diminuait avec l'âge, jusqu'au groupe des 15 à 19 ans, où un deuxième sommet moins élevé de 2,6 en 1995 et de 2,0 en 1996, s'est manifesté. Par comparaison, les taux d'incidence de ces infections sont beaucoup plus bas chez les adultes (0,5 en 1995 et 0,4 en 1996).

Taux de létalité

En 1995, on a observé 21 décès dûs à la MI, ce qui représente un taux de létalité de 6,9 %. En 1996, le taux de létalité a légèrement baissé pour passer à 6,5 % (17 décès), c'est-à-dire le taux le plus bas en 11 ans (figure 5). Le taux de létalité variait selon le sérogroupe. Chez les personnes infectées par le méningocoque du sérogroupe B, il était de 5 % (sept décès) en 1995 et de 4 % (quatre décès) en 1996; en revanche, chez les personnes atteintes d'une MI due au sérogroupe C, le taux de létalité était de 12 % (11 décès) en 1995 et de 9 % (huit décès) en 1996.

Sérogroupes

La figure 6 montre la répartition des sérogroupes de méningocoques. Sur les 304 cas de MI déclarés en 1995, 11 % (34 cas) ont été diagnostiqués à partir de la définition du cas clinique. Le sérogroupe avait été déterminé pour 266 isolats. Les sérogroupes B et C sont ceux qui ont été le plus souvent

Figure 4
Incidence de la méningococcie invasive, selon l'âge, Canada, 1995 et 1996

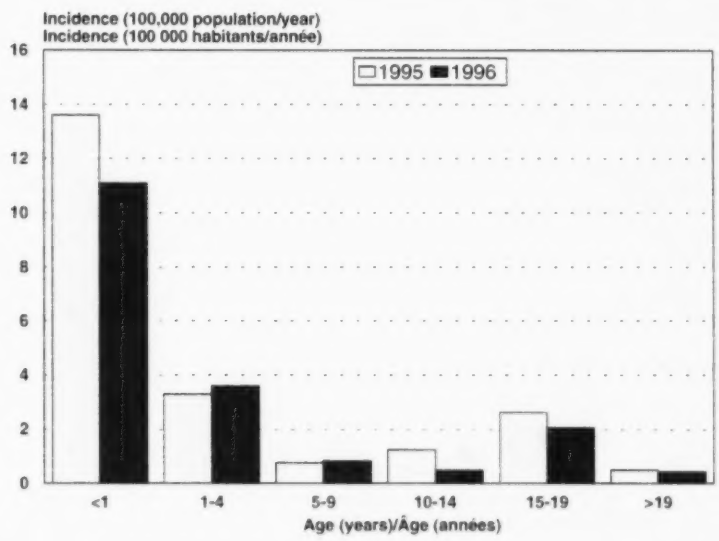
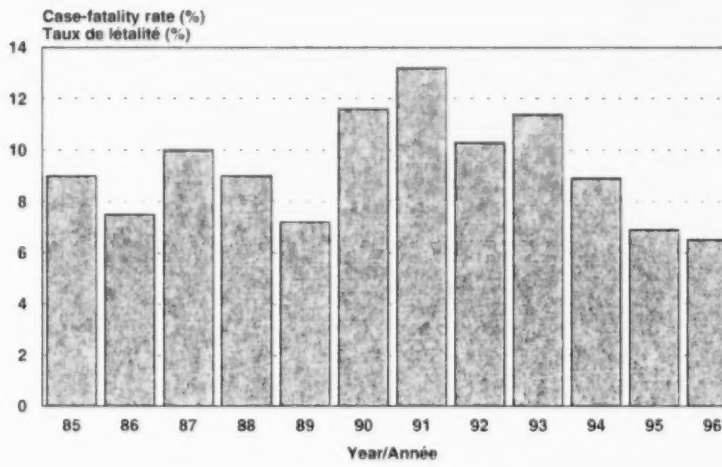


Figure 5
Taux de létalité associé à la méningococcie invasive, Canada, 1985-1996



isolés, étant à l'origine de 48 % et de 38 % respectivement des cas confirmés. Au cours de 1996, 17 % des 264 cas ont été diagnostiqués en clinique. Le sérogroupe avait été déterminé pour 218 cas. Quarante-six pour cent des isolats appartenaient au sérogroupe B et 42 % au sérogroupe C.

La répartition selon l'âge du sérogroupe B et du sérogroupe C variait grandement. Les bébés atteints de méningococcie étaient plus nombreux à être infectés par une souche du sérogroupe B que par une souche du sérogroupe C, tant en 1995 (RR=1,9; $p < 0,05$) qu'en 1996 (RR=2,0; $p < 0,05$). Aucune différence n'a été observée sur le plan de la répartition selon le sexe chez les personnes atteintes d'une infection due au sérogroupe B ou C.

Sérotype et sous-type

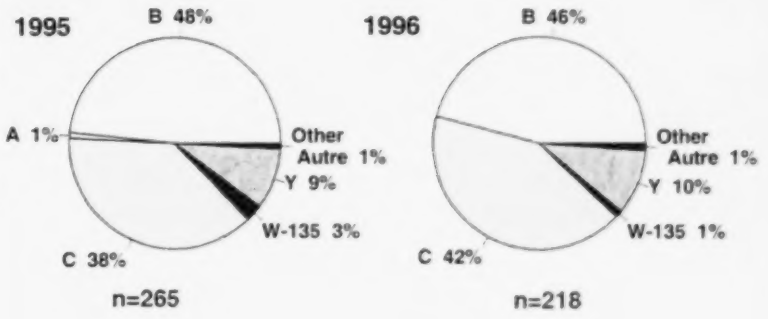
Les souches de méningocoques sont désignées par sérogroupe: sérotype:sous-type. Le sérotype et le sous-type étaient connus pour 120 des 129 isolats appartenant au sérogroupe B obtenus en 1995 et pour 90 des 100 isolats appartenant au même sérogroupe obtenus en 1996. Les deux souches les plus courantes du sérogroupe B isolées en 1995 et en 1996 étaient B:NT:P1. – (non sérotypables, non sous-typables; 23 isolats en 1995 et 20 en 1996) et B:4:P1– (20 isolats en 1995 et 11 en 1996).

On connaissait le sérotype et le sous-type de 96 des 101 isolats appartenant au sérogroupe C obtenus en 1995 et 84 des 92 isolats obtenus en 1996. Les sérotypes et les sous-types du sérogroupe C étaient plus homogènes que ceux du sérogroupe B. Les trois souches les plus courantes du sérogroupe C isolées en 1995 et en 1996 étaient C:2a:P1.2,5 (41 isolats en 1995 et 36 en 1996), C:2a:P1.2 (25 isolats en 1995 et 10 en 1996) et C:2a:P1. – (20 isolats en 1995 et 22 en 1996).

Typage par électrophorèse

Les résultats du typage par électrophorèse étaient disponibles pour tous les isolats de méningocoques du sérogroupe C qui avaient été sérotypés (96 isolats en 1995 et 84 en 1996). Il convient de souligner que pour les 2 années, 92 % des isolats appartenaient à un seul type électrophorétique, ET15, ou ses variantes.

Figure 6
Répartition des sérogroupes de méningocoques, Canada, 1995 et 1996



Remerciements

Nous tenons à remercier nos collègues des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et du Laboratoire national de bactériologie, qui nous ont fourni les données épidémiologiques et les données de laboratoire pour ce rapport.

Source: *L Weeks, MHSc, D[r] D Kertesz, Division des maladies respiratoires, Bureau des maladies infectieuses; A Ryan, W Johnson, PhD, F Ashton, PhD, Bureau de microbiologie, LLCM, Ottawa (ON).*

Notes internationales

MALADIE DE LYME — ÉTATS-UNIS, 1996

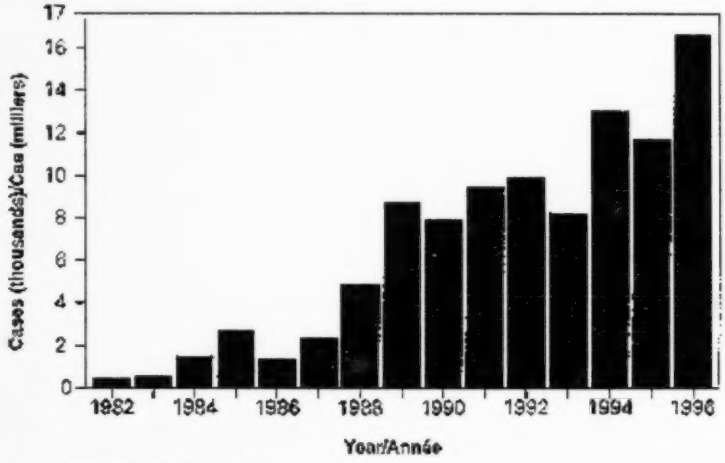
La maladie de Lyme (ML), provoquée par le spirochète *Borrelia burgdorferi* au sens large, lui-même transmis par une tique, est la maladie à transmission vectorielle la plus courante aux États-Unis. C'est en 1982 que les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis ont mis en place un système de surveillance de la maladie de Lyme. En janvier 1991, le *Council of State and Territorial Epidemiologists* a ajouté la ML à la liste des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Aux fins de la surveillance, la définition de cas de la ML repose sur la présence d'un érythème migrant mesurant ≥ 5 cm de diamètre ou sur la confirmation en laboratoire de l'infection en présence d'au moins un signe objectif d'atteinte musculo-squelettique, neurologique ou cardiovasculaire[1]. Le présent rapport résume les données provisoires relatives au nombre de cas de ML signalés aux CDC en 1996 et révèle que ce chiffre a atteint un sommet sans précédent.

En 1996, 16 461 cas de ML ont été signalés aux CDC par 45 États et par le district de Columbia (incidence globale : 6,2 cas pour 100 000 habitants[†]), soit une augmentation de 41 % par rapport aux 11 700 cas enregistrés en 1995, et de 26 % par rapport aux 13 043 cas dénombrés en 1994 (figure 1). Comme dans les années antérieures, la majorité des cas ont été signalés dans les régions du centre de la côte Atlantique, du Nord-Est et du Centre-Nord. Dans huit États, les taux d'incidence déclarée de la ML étaient supérieurs au taux national global (Connecticut, 94,8; Rhode Island, 53,9; New York, 29,2; New Jersey, 27,4; Delaware, 23,9; Pennsylvanie, 23,3; Maryland, 8,8; et Wisconsin, 7,7); 14 959 (91 %) des cas déclarés à l'échelle nationale sont survenus dans ces États. En 1996, cinq États (Alaska, Arizona, Colorado, Montana et Dakota du Sud), n'ont signalé aucun cas.

Quatre-vingt-neuf pour cent des déclarations provenaient de 87 comtés, qui avaient signalé ≥ 20 cas chacun. Des incidences > 100 cas pour 100 000 habitants[††] ont été observées dans 18 comtés des États du Connecticut, du Maryland, du Massachusetts, de la Caroline du Nord, du New Jersey, de New York, de la Pennsylvanie, du Rhode Island et du Wisconsin; c'est dans le comté de Nantucket, au Massachusetts, qu'on a observé la plus forte incidence déclarée dans un comté donné (1 247,5 cas pour 100 000 habitants). Entre 1995 et 1996, le nombre de cas déclarés a augmenté dans 28 États, diminué dans 16 États, et est demeuré le même dans sept États. Environ 90 % de l'augmentation totale du nombre de cas déclarés en 1996 est survenue dans cinq États (Connecticut, New Jersey, New York, Pennsylvanie et Rhode Island), où les taux moyens d'incidence annuelle de la ML avaient été supérieurs à la moyenne nationale pour les 5 années antérieures combinées.

† Les taux par État sont fondés sur les estimations de la population de 1996.
†† Les taux par comté sont fondés sur les estimations de la population de 1990.

Figure 1
Nombre de cas déclarés de la maladie de Lyme, par année — États-Unis, 1982-1996*



* Data for 1996 are provisional.
Les données de 1996 sont provisoires.

Parmi les 5 298 cas pour lesquels cette information était disponible, 217 (4 %) avaient contracté la maladie à l'extérieur des États-Unis, et 156 (3 %) aux États-Unis, mais à l'extérieur de l'État qui avait soumis la déclaration. Ce sont principalement les personnes âgées de 0 à 14 ans (3 784 [23 %]) et les adultes âgés de 40 à 79 ans (7 694 [47 %]) qui étaient frappés par la maladie. Parmi les 16 422 sujets atteints dont on avait précisé le sexe, 8 634 (53 %) étaient de sexe masculin.

Note de la rédaction du MMWR

En 1996, on n'a observé une augmentation du nombre de cas déclarés de ML que dans des comtés précis de certains États, phénomène qui concorde avec les différences locales dans la distribution et la densité de la tique vectrice. Au Connecticut et au Rhode Island, le nombre de cas déclarés de ML a augmenté à la grandeur de l'État, bien que les hausses aient été plus marquées dans les comtés de la côte. Dans ces deux États, cette augmentation était liée à une densité accrue de la population d'*I. scapularis* (K. Stafford, *Connecticut Agricultural Experiment Station*, et T. Mather, *University of Rhode Island* : communications personnelles, 1997). Dans l'État de New York, les plus fortes hausses sont survenues dans le comté de Dutchess, où le nombre de cas déclarés de ML a presque doublé entre 1995 (918) et 1996 (1 832). Étant donné qu'un essai portant sur un vaccin contre la ML était effectué dans la région, cette hausse pourrait être en partie imputable au fait que les professionnels de la santé étaient plus sensibilisés à la maladie et déclaraient davantage les cas de ML. Le nombre de cas déclarés n'a pas changé dans les autres comtés de l'État de New York où la maladie était endémique, notamment dans les comtés de Putnam, de Suffolk et de Westchester. Au New Jersey, huit comtés qui procèdent à la surveillance active de la maladie ont signalé des taux plus élevés que les autres comtés qui se fondent sur un système de surveillance passive.

Une combinaison de plusieurs facteurs pourrait sans doute expliquer l'augmentation du nombre de cas déclarés de ML en 1996 : la densité accrue de la population de tiques, le fait que les professionnels étaient plus sensibilisés à la maladie et déclaraient davantage les cas de ML et l'amélioration de la surveillance en laboratoire. Huit États (Connecticut, Michigan, Minnesota, New Jersey, New York, Orégon, Rhode Island et Virginie-Occidentale) avaient en outre accès aux ressources des CDC pour la surveillance de la ML, ce qui a favorisé la déclaration des cas.

La majorité des cas de ML répondent bien à l'antibiothérapie indiquée; parmi les médicaments de choix figurent l'amoxicilline, la doxycycline et la ceftriaxone[2]. Des vaccins destinés à prévenir la ML sont en cours d'évaluation mais ne sont pas encore sur le marché. Au nombre des mesures de protection individuelle recommandées pour prévenir la ML et d'autres maladies transmises par les tiques (p. ex., la babésiose, l'ehrlichiose et la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses) figurent le port de vêtements de couleur claire (qui facilite la détection des tiques), ainsi que de pantalons longs rentrés dans les bas, l'utilisation d'insectifuges et d'acaricides conformément aux instructions figurant sur l'étiquette et la recherche de la présence de tiques sur soi au moins une fois par jour. Certaines modifications de l'environnement des immeubles résidentiels (p. ex., l'application d'insecticides, l'installation de clôtures afin d'empêcher que les cerfs s'approchent des habitations et l'élimination de la couche de feuilles mortes) peuvent également aider à prévenir la ML.

Références

1. CDC. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. MMWR 1997;46(no. RR-10):20-1.
2. Steere AC. ***Borrelia burgdorferi*** (*Lyme disease, Lyme borreliosis*). Dans : Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, éds. *Principles and practices of infectious diseases*. New York : Churchill, Livingstone, 1995:2143-55.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 46, N° 23, 1997.*

Erratum

FASCIITE NÉCROSANTE DUE AU STREPTOCOQUE DU GROUPE A, MALADIE DE FOURNIER – QUÉBEC, VOL. 23-13, PAGE 102

À la première phrase du quatrième paragraphe de la section «Analyse», une erreur s'est glissée.

La phrase devrait se lire comme suit : En présence d'un cas possible de maladie de Fournier, il faut pratiquer rapidement une intervention chirurgicale, car on risque de **sous-estimer** l'étendue de la maladie à l'examen physique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pre Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements
Association médicale canadienne
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8
N° de télephone : (613) 731-8610, poste 2028
FAX : (613) 523-0937

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (85,60 $ TPS inclus) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (160,50 $ TPS inclus) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1997